

DU
DÉGAGEMENT MANUEL DE LA TÊTE
COMME MODE DE PROTECTION DU PÉRINÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Avril 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ÉMILE HERMITE

Né le 14 Juillet 1869, à Saint-Ismier (Isère).

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble et de la Maternité départementale.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1895



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552306_0024

DU
DÉGAGEMENT MANUEL DE LA TÊTE
COMME MODE DE PROTECTION DU PÉRINÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Avril 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ÉMILE HERMITE

Né le 14 Juillet 1869, à Saint-Ismier (Isère).

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble et de la Maternité départementale.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
AVRIL 1895

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNÉ.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
CONDAMIN.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL et MOREAU
DEROIDE.	PERRET.	ROQUE.	chargés des fonctions d'ag.égé
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)	ROUX.	
DIDELOT.			

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. FOCHIER, Président; M. LAROYENNE, Assesseur; MM. GANGOLPHE et WEILL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Les accoucheurs se sont occupés, depuis longtemps déjà, des déchirures du périnée et des moyens d'y remédier.

Cette question est très importante, si l'on pense aux conséquences qui peuvent en résulter.

Malgré les travaux faits jusqu'à ce jour, le nombre des déchirures est toujours considérable.

Les auteurs donnent des statistiques contradictoires, qui proviennent sans doute de la différence d'appréciation, dans l'étendue de la lésion.

Nous avons en effet constaté, pendant notre internat à la Maternité de Grenoble, que, malgré les précautions infinies que nous pouvions prendre, suivant en tout point les procédés connus, nous obtenions des résultats bien différents.

Le dernier temps de l'accouchement, le seul, dans la plupart des cas, où le praticien doit intervenir, nous a particulièrement intéressé et nous avons cherché, s'il était impossible, sinon d'éviter, tout au moins de diminuer la fréquence de ces accidents.

Notre maître, le Dr Gallois, professeur de clinique obstétricale, a rendu notre travail plus facile, en nous donnant toute liberté d'action dans le service; nous tenons à l'en remercier et à lui témoigner toute notre reconnaissance pour la confiance dont il nous a honoré et l'excellent enseignement que nous avons puisé auprès de lui.

Après quelques recherches, nous avons trouvé un nouveau procédé qui nous a donné des résultats satisfaisants; nous croirons avoir rempli notre devoir, si nous parvenons, statistique en main, à convaincre nos juges et nos lecteurs.

Cette statistique a été prise à la Maternité départementale de l'Isère, où, depuis notre départ, ce procédé a été appliqué par les étudiants et les élèves sages-femmes, sous la direction de M^{lle} Loubet, maîtresse-accoucheuse, que nous remercions de l'empressement qu'elle a toujours mis à seconder nos efforts.

Nous intitulerons notre thèse inaugurale : *Du Dégagement manuel de la tête*, comme mode de protection du périnée; nous laisserons de côté le traitement curatif pour ne nous occuper que de la prophylaxie.

Nous avons divisé notre travail en cinq chapitres :

Dans le premier, nous nous occuperons du traitement prophylactique, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Le deuxième aura trait à l'étiologie, très intéressante à connaître : l'accoucheur averti, pouvant se tenir en garde contre les causes prédisposantes.

Dans le troisième, nous parlerons des différentes variétés de déchirures.

Le quatrième comprendra la description de notre procédé; enfin le cinquième donnant sous forme de tableaux le résumé de nos observations, sera suivi de l'exposé de nos conclusions.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est fournie d'acquitter envers nos maîtres une dette bien juste de reconnaissance.

Nous remercions particulièrement M. Gayet, professeur de clinique ophtalmologique, qui nous a témoigné, en toute circonstance, sa bienveillance sympathique.

Nous nous permettons d'adresser nos remerciements à M. Fochier, professeur de clinique obstétricale, pour l'honneur qu'il a daigné nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous manquerions à un devoir agréable, si nous n'adressions pas nos plus vifs remerciements à M. le Dr Bordier,

directeur de l'École de Médecine de Grenoble, et à tous nos maîtres des hôpitaux : MM. Girard, Montaz, Comte, Nicolas, Deschamps Berthollet.

Nous remercions enfin notre excellent ami, le D^r Flandrin, notre ancien collègue d'internat, pour les renseignements qu'ils nous a fournis.

DU

DÉGAGEMENT MANUEL DE LA TÊTE

COMME MODE DE PROTECTION DU PÉRINÉE

CHAPITRE PREMIER

Les lésions du périnée pendant l'accouchement ont été constatées dès les temps les plus reculés.

Hippocrate, plus tard Ambroise Paré, les mentionnant comme complications dans l'accouchement normal, exposent la façon de les traiter, mais ne cherchent pas le moyen de les éviter.

Il faut arriver en 1693 pour avoir une description opératoire très détaillée.

En effet Mauriceau, dans son *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont nouvellement accouchées*, dit: « Lorsque les choses sont en cet état, la sage-femme se mettra en posture commode pour recevoir l'enfant qui doit bientôt venir, et avec l'extrémité des doigts, dont les ongles seront bien rognés, elle tâchera de repousser comme il est dit, ce couronnement de la matrice ¹ vers le

¹ Mauriceau considère, sous le nom de matrice, l'utérus; il dit *col de la matrice* pour dire vagin. Ce passage est assez obscur,

derrière de la tête de l'enfant et aussitôt qu'elle sera avancée jusques à l'endroit des oreilles ou environ ; elle la prendra par les deux côtés avec ses deux mains ; ce qu'ayant fait, en se servant de l'occasion d'une bonne douleur, elle tirera dans ce moment l'enfant dehors. »

Cet auteur ne devait employer cette méthode que pour éviter les grandes déchirures, car dans le même ouvrage, au chapitre VII livre 3, nous trouvons la phrase suivante : « Il est de nécessité qu'elles (les parties molles) se déchirent pour laisser passer l'enfant. »

Astruc (1745) constate la fréquence des déchirures chez les jeunes femmes qui ont les lèvres de la vulve denses, fermes, compactes, impropres à s'allonger et s'étendre. Il conseille d'apporter une grande attention pour les prévenir, de redresser la tête qui se présente obliquement, de ramollir la vulve pour la rendre extensible et enfin d'introduire un doigt dans l'anus pour repousser le coccyx.

Puzos (1759), dans un langage très sage recommande à la femme de modérer ses efforts, car « il vaudrait mieux qu'elle accouche quelques moments plus tard ». Le chirurgien, portant ses deux mains sur les parties latérales de la tête, profite de la douleur pour l'ébranler, la dégager entièrement du cercle membraneux qui l'environne et pour la tirer au dehors, en dirigeant toujours l'effort supérieurement, afin de soulager la fourchette autant qu'il est possible.

car le couronnement de la matrice, c'est l'orifice du col de l'utérus et cependant la manœuvre semble bien faite au moment où la tête est à la vulve.

Levret (1761) reconnaît aussi que l'accouchement précipité est une cause de déchirure de la fourchette et même du périnée, lors même que l'enfant serait d'un volume ordinaire.

Röederer (1765) appuie avec l'index et le médius de chaque main sur la fourchette, et à chaque douleur presse sur cette dernière dans la direction du sacrum.

Paulin (1770) conseille à la sage-femme de glisser quelques doigts sur la mâchoire inférieure et à tirer l'enfant à la première douleur un peu forte.

Baudelocque (1775), dans son *Principe sur l'art d'accoucher*, p. 104-105, dit : « Quand la tête pousse le périnée au dehors dans le temps de la douleur, il faut appliquer une main sur cette région et recommander à la femme de pousser un peu moins, afin de donner le temps à cette partie de se dégager et de se relâcher ; il faut avoir cette attention surtout dans un premier accouchement, comme quand la tête est parvenue au point où elle ne rentre plus dans le petit bassin après chaque douleur, ainsi que nous l'avons fait observer ailleurs ; car autrement le périnée se déchirerait quelquefois dans toute sa longueur ; c'est dans ce moment qu'on doit appuyer d'autant plus fort sur cette région, qu'elle est tendre et que les contractions de la matrice sont plus fortes, afin d'absorber l'effet de celles-ci, et d'empêcher la tête de sortir avant que la vulve ne soit assez dilatée, pour qu'il n'arrive point de déchirures. »

Deux ans plus tard, il ajoute que la femme doit modérer ses efforts jusqu'à ce que l'extrémité occipitale de la tête de l'enfant puisse s'avancer librement dans la vulve, tandis que la main, appuyée contre le périnée, favorise la sortie de la tête en la relevant sur le pubis.

M^{me} Le Boursier du Coudray (1777) n'aurait jamais vu d'accouchements spontanés, car dans son *Traité de l'art des accouchements*, chap. XIII, nous trouvons : « La tête de l'enfant se présente, on la voit et elle ne peut se débarrasser sans le secours d'une habile sage-femme ou d'un accoucheur, qui, avec ses deux mains, qu'il glisse entre la tête et les deux grandes lèvres, les oblige de s'écarter pour la laisser avancer ; alors coulant ses doigts jusque sous les mâchoires de l'enfant, il le tire dehors. »

M^{me} Boivin (1817) cherche, en soutenant le périnée, à le faire froncer dans le même sens du diamètre ischiatique.

M^{me} La Chapelle (1825), 3^e vol., page 141 dit : « soutenir le périnée est un des soins principaux que partout on recommande à la personne chargée de conduire un accouchement naturel ; le soutenir seulement pendant les douleurs, le soutenir de toute la paume de la main, le soutenir en pressant surtout vers l'anus, tels sont les préceptes fondamentaux à cet égard ».

Jules Hatin (1835) facilite l'expulsion en glissant l'indicateur de l'une des mains sous la mâchoire inférieure. Cette méthode, signalée déjà par d'autres auteurs, offre un grave inconvénient en amenant une déflexion prématurée de la tête et en augmentant le diamètre antéro-postérieur de cette dernière.

John Burns (1837) soutient vigoureusement le périnée à la partie où l'effort est le plus grand, à la fourchette ordinairement.

Dugès (1840) cherche, en soutenant le périnée, à continuer la paroi postérieure de l'excavation pelvienne. C'est dans le même but que l'on a proposé d'introduire, entre ce

plancher et la partie du fœtus qui tend à sortir, soit le levier de Roonhuysen, soit une lame de baleine courbée selon l'axe vulvaire (Gehler).

Depaul, en plaçant deux doigts de la main gauche sur celui de ces points qui répond à la commissure supérieure de la vulve et deux doigts de la main droite sur la partie qui effleure la commissure inférieure, contre-balance avec soin l'effort de la contraction utérine et permet ainsi à la vulve de se dilater peu à peu. Il repousse légèrement en haut vers le pubis la tête qui se dégage, diminuant de cette manière l'effort que supporte la commissure inférieure, partie la plus exposée. Ce procédé ressemble beaucoup à celui de Chailly Honoré avec la différence que ce dernier soutient en même temps le périnée.

La méthode employée par Trestrail consiste à accrocher la commissure postérieure de la vulve avec deux ou trois doigts et à la maintenir dans cette extension d'une façon ferme et continue pendant plus ou moins longtemps. Par cette manœuvre, il réussit non seulement à dilater rapidement le passage vulvaire, mais encore il empêche la rupture du périnée et évite quelquefois l'emploi du forceps.

Tarnier et Chantreuil (1882), page 709, conseillent d'« empêcher la sortie brusque de la tête ; 2° de diriger cette partie foetale au moment de son expulsion, suivant l'axe de l'orifice vulvaire ; 3° de favoriser son mouvement d'extension, quand le front commence à se dégager ; 4° de soutenir le périnée ». Ils passent pour cela la main gauche par-dessus la racine de la cuisse droite de la femme et appliquent sur la tête visible l'extrémité des doigts ; cette main servira à ralentir le dégagement de la tête et à favoriser son extension. La main droite,

après avoir passé sous la cuisse, est placée à plat sur le bord radial vers la fourchette, le pouce parallèle à la lèvre droite ; ce dernier exerce une certaine pression pendant les contractions, pression qu'il augmente au moment où la tête franchit la vulve.

Les deux mains placées de cette manière ralentissent le dégagement et favorisent la déflexion de la tête.

Fasbender rapporte et critique les différents procédés qui ont été conseillés pour soutenir le périnée. Il en propose un nouveau : « La femme est placée sur le côté, plutôt du côté gauche. Lorsque la tête est engagée, l'accoucheur se place en arrière de la parturiente. Il introduit la main droite entière aussi haut qu'il le peut dans le rectum, tandis que l'indicateur et le médus de la main gauche saisissent l'occiput. On prend ainsi la tête de l'enfant que l'on dégage dans l'intervalle des douleurs. »

Duncan traduit par Budin : « Quand la tête a presque complètement franchi le détroit antérieur du bassin et qu'elle commence à distendre le périnée autant que celui-ci le permet, je termine l'accouchement en l'absence d'une douleur, en faisant sortir la tête par une pression appliquée sur le périnée mince, effectuant cette pression sans introduire le doigt dans le rectum.

Ritgen, Olshausen, Ahlfeld, Semellie, Leishmann, Goodell, décrivent le procédé suivant : On introduit deux doigts dans le rectum, index et médus, on exerce une pression dont la direction et la force se laissent facilement apprécier ; tandis que ces deux doigts agissent ainsi, le pouce, placé immédiatement en avant de la commissure antérieure du périnée, applique dans le segment inférieur de la vulve la tête qui est déjà en partie dégagée sous le

pubis. Cette dernière manœuvre doit surtout être pratiquée, lorsque la grande fontanelle est déjà visible et que, par conséquent, le dégagement du front est imminent; on refoule ainsi peu à peu la tête d'arrière en avant et on aide à son dégagement définitif. Les doigts introduits dans le rectum (expression rectale) doivent entrer assez profondément pour arriver jusqu'à la bouche et au menton, sur lesquels il suffit d'exercer des pressions pour amener la déflexion (Charpentier).

Doleris trouve cette méthode indispensable dans les applications de forceps, pratiquées chez une primipare avant le passage du diamètre maxima de la tête.

Olshausen se déclare partisan de l'action directe de la main sur la tête fœtale; il la préfère dans la grande majorité des cas à la manœuvre vulgaire qui consiste à soutenir le périnée avec la main.

Il a adopté, dans le décubitus dorsal, le procédé de Hohl : la tête est saisie par trois doigts, le pouce étant placé en avant, l'indicateur et le médius en arrière; de cette façon il devient facile de ralentir à volonté le passage de la tête et de la repousser en haut contre l'arcade du pubis.

Dans le décubitus latéral gauche, Olshausen emploie la méthode suivante : La main droite protège le périnée, tandis que la gauche, passant en avant de l'abdomen, vient saisir la tête de telle façon que les extrémités des doigts dirigés vers le périnée attirent les parties fœtales du côté du pubis.

Halt et Schröder ont conseillé la position accroupie sur les genoux et les coudes, parce que, dans cette position, la tête par son propre poids se place en plein dans l'arcade pubienne.

Léon Dumas indique un procédé nouveau : la dilatation pré-foetale. Il se tient au côté droit du lit ; au moment où l'occiput atteint l'extrémité inférieure du vagin, il graisse alors les trois premiers doigts de la main droite, et écarte légèrement les bords de la vulve ; lorsque ces trois doigts sont arrivés sur la tête foetale, il les écarte doucement, de façon à les faire glisser entre elle et l'orifice du vagin ; il les introduit assez profondément, jusqu'à ce qu'il éprouve une certaine résistance. Dans cette situation, les doigts constituent une sorte de cône, dont la base est appliquée sur la tête, tandis que son extrémité amincie reste à l'extérieur. Ce cône maintient l'orifice vaginal écarté de la tête et le distend un peu au-devant d'elle.

Lorsqu'arrive une contraction, le cône, poussé en avant par la tête, présente à l'orifice vaginal une portion plus évasée que celle qui lui correspondait d'abord. Cette base plus large du trépied digital entraîne un peu cet orifice en avant, ce qui vient en aide à l'ampliation du périnée, puisque la commissure postérieure est entraînée dans le même sens. Enfin, au moment où l'on juge opportun de laisser le front se dégager, il faut opposer une certaine résistance au niveau de l'occiput, de façon à ce que la tête sorte le plus lentement possible dans le diamètre sous-occipito-frontal.

Playfair ramène le plus de téguments possible vers la commissure postérieure de la vulve. Il applique la paume de la main sur le périnée, le bord radial entourant la demi-circonférence inférieure de l'orifice vulvaire, le pouce situé un peu en dedans de la tubérosité ischiatique droite, l'index et le médius en dedans de la gauche. A chaque contraction, il essaie, par des pressions convergentes vers la

vulve, d'attirer les téguments voisins et de les ramener vers la fourchette, en rapprochant le pouce des autres doigts par un mouvement de fermeture de la main.

Goodell, de Philadelphie, a fait une étude spéciale de cette question, et il a recommandé une méthode dont l'objet est de relâcher le périnée. Son opinion est que l'on devrait introduire dans le rectum un ou deux doigts de la main gauche avec lesquels le périnée serait suspendu et tiré en avant, au-dessus de la tête, vers le pubis, le pouce de la main étant placé sur la tête qui s'avance, de façon à restreindre son progrès s'il en est besoin.

Le procédé de Metterschianz ressemble beaucoup à celui de Playfair. Il consiste à embrasser avec le pouce de la main droite le côté gauche du périnée et à chercher à le relâcher ainsi des deux côtés.

Sänger fait une double manœuvre; il refoule le périnée avec la paume de sa main, tandis que son pouce placé à droite et les autres doigts à gauche ramènent les parties latérales vers le centre.

John Mason est tout à fait d'accord avec le Dr Gausen au sujet des manipulations destinées à empêcher les déchirures du périnée. Ce dernier conseille de mettre le pouce, l'index et le médius de la main droite en arrière du pubis pendant une douleur et de pousser l'occiput en bas, après l'avoir saisi avec ses doigts.

Algermon Temple, après avoir constaté que tous les moyens préconisés n'empêchaient pas les lésions du périnée, arrive à conclure que la seule méthode efficace consiste à empêcher l'extension de la tête et à la forcer à passer à travers la vulve dans un état de flexion exagérée. Dans le cas où on redoute une déchirure, quand la tête

est arrivée sur le plancher du bassin et juste avant que l'extension ne se fasse, l'auteur applique un petit forceps et en portant les manches en arrière, il fléchit le menton en même temps qu'il exerce une tension modérée en bas et en arrière.

Clarke proteste contre cet aide (soutien du périnée) qu'il déclare anti-physiologique, et, agissant dans son but, il conseille de le remplacer par une légère excitation du fond de l'utérus, au moyen de la main gauche, appuyant doucement sur le ventre.

Ribemont-Dessaignes et Lepage opèrent de la sorte : Ils appuient la main par le talon sur la région pubienne, de telle sorte que les doigts puissent se placer en avant de la tête fœtale. Les doigts plus ou moins rapprochés englobent la région de la tête accessible; leurs extrémités appuient sur la partie fœtale à 0,01 au-dessus de la fourchette, et dès que la tête va franchir la vulve, ils dégagent lentement, en recommandant à la femme de ne pas pousser.

Enfin, certains auteurs conseillent une incision préventive ou plutôt deux latérales.

Tarnier préfère une incision médiane, obliquement dirigée en dehors de l'anus, de façon à maintenir l'intégrité du sphincter.

Budin rejette l'incision latérale pour n'admettre que la médiane.

Olshausen, Lux, Doléris introduisent un bistouri à plat, entre la tête fœtale et le vagin à 0,01 du bord libre du cercle vulvaire, ils sectionnent alors de dedans en dehors.

Statistique des déchirures du périnée prise chez quelques auteurs, la plupart relevées sur le tableau de Schrenck.

Auteurs.	Nombre de déchirures pour 100 chez les femmes primipares.
Hildebrandt.	19,7
Nippold.	18,7
Olshausen.	21,1
Liebmann.	30,»
Mewis.	31,8
Winckel.	31,8
Schrenck.	36,6
Fasbender.	34,»
Schroeder.	34,5

Cette statistique, que nous ne donnons qu'à titre de document, ne peut pas nous fixer d'une façon absolue sur les résultats obtenus, car ils n'indiquent pas le degré de la lésion. En effet, Liebmann, qui a constaté dans son service une proportion de 30 0/0 chez les primipares, dit qu'il arriverait à 74 0/0, s'il faisait entrer dans sa classification les simples déchirures de la fourchette.

Bourgeot dans sa thèse (1872) constate que, sur 600 jeunes accouchées à l'hôpital de Lariboisière du 1^{er} janvier au 14 octobre 1872, 24 eurent le périnée déchiré, les 3/4 de ces femmes étaient primipares.

Il s'agit en conséquence d'une moyenne de 4 0/0. L'auteur trouve ce résultat déplorable et cherche à l'expliquer

par l'inattention des personnes chargées de surveiller l'accouchement. « Ce serait, dit-il, à l'Administration de l'Assistance publique, d'apporter un remède efficace, au mal dont je viens de signaler la source. »

M. Bourgeot ne doit comprendre que les déchirures importantes, car ce résultat, loin d'être déplorable, serait, par le langage des chiffres, le plus beau connu jusqu'aujourd'hui, si l'auteur notait toutes les variétés des lésions périnéales.

Comme Liebmann et Bourgeot, les autres auteurs, dans leur classification, n'ont probablement dû s'occuper que des déchirures graves.

CHAPITRE II

Etiologie.

L'étiologie peut se diviser en deux causes principales :

1° Causes prédisposantes,

2° Causes déterminantes.

Les causes prédisposantes, telles que : rétrécissement de la vulve, physiologique ou pathologique, ont été l'objet de nombreux travaux et nous en trouvons une description très détaillée dans la thèse de M. le Dr Thore (1887).

La persistance de l'hymen dilaté seulement par des coïts antérieurs est, d'après Budin, une des causes principales de déchirures. « Ce ne sont ni les premiers coïts ni les suivants qui détruisent la couronne hyménéale ; ils la dilatent, la froissent, l'entament plus ou moins, suivant certaines proportions, mais laissent l'insertion intacte ; l'éclatement, la destruction de la membrane n'est causé que par l'accouchement ». Pajot dit : « La déchirure de l'hymen, c'est le coup de ciseau du commis de nouveauté qui vient déchi-

rer une étoffe ; la simple traction suffit ensuite pour compléter la division. »

Les rétrécissements pathologiques de la vulve peuvent être congénitaux, artificiels, causés par exemple par une injection caustique, comme notre maître le D^r Gallois a eu l'occasion d'en signaler une observation.

Ils peuvent être inflammatoires, spasmodiques, cicatriciels et néoplasiques.

Les causes déterminantes qui ont pour nous une influence considérable, peuvent être dues, comme le signale Thore, à la rapidité du travail, à sa lenteur, aux dimensions du fœtus, aux mauvaises présentations, à l'application du forceps, à la version.

Déjà Levret en 1761, constatait les déchirures de la fourchette et même du périnée dans les accouchements précipités. Presque tous les auteurs, depuis, ont fait les mêmes constatations, sans pour cela recommander à la femme de modérer ses efforts.

Dans ces dernières années cependant, la méthode principalement appliquée consiste à retenir la tête, pendant les contractions utérines.

La lenteur ne peut être un inconvénient que lorsque la femme est loin de tout secours. La tête en effet appuyant longtemps et fortement sur le périnée, peut arrêter la circulation et amener un sphacèle de toute la partie comprimée.

Ces cas sont heureusement très rares et la lenteur nous rend, la plupart du temps, beaucoup de services.

Les dimensions du fœtus, à moins que nous nous trouvions en présence de monstres, d'hydrocéphales, ne sont pas une cause réelle de déchirures, car nous avons souvent

constaté que des foetus volumineux laissent le périnée intact, alors que de petites têtes amenaient des délabrements plus ou moins considérables. Nous avons, du reste, dans notre tableau, fait une étude comparative des accouchements chez les primipares et de la grosseur du foetus expulsé; nous avons trouvé, sur 349 accouchements, 99 déchirures, réparties de la façon suivante :

27	pour les enfants de 2 kilogrammes à 2 kg. 800,
51	— — — 2 kg. 800 à 3 kg. 400,
21	— — — 3 kg. 400 à 4 kg. 200,

ce qui montre que le poids de l'enfant n'a aucune importance. Cela nous prouverait au contraire que la difficulté d'expulsion, en distendant lentement l'anneau vulvaire, diminue les chances de lésions périnéales.

La présentation du sommet est certainement celle qui permet le plus facilement d'éviter ces lésions; encore faut-il que ce sommet se dégage au niveau du pubis et non sur la commissure postérieure. Car, comme le dit Charpentier, « le périnée dans ces conditions, court presque inévitablement le risque d'être déchiré. »

Les présentations de la face, du siège, sont aussi dangereuses, mais cette dernière ne l'est que par le passage en dernier lieu d'une tête dégagée trop précipitamment. Du reste, il est quelquefois urgent de terminer au plus vite l'accouchement, ce qui explique la mauvaise statistique obtenue dans ces conditions.

Les applications de forceps sont une cause fréquente de déchirures. En effet, avant le dégagement d'une tête prise dans les cuillers, l'anneau vulvaire est distendu en

deux points seulement. Cette distension entamant très souvent la muqueuse sera le point de départ de plus profonds désordres.

Les lésions seront beaucoup plus fréquentes si l'accoucheur veut dégager la tête avec son forceps et s'il le fait rapidement.

Nous dirons pour les versions ce que nous avons dit pour les présentations du siège; nous ajouterons cependant que les accoucheurs, par la grosseur de leurs bras, ou par la violence de l'introduction, amènent quelquefois des éraillures.

Nous insisterons avant de terminer, sur la déflexion prématurée de la tête. Pour cela, nous serons forcé de parler du mécanisme normal après l'accomplissement de la rotation interne de la tête, c'est-à-dire dans le premier temps du dégagement.

D'après les auteurs : « La tête, l'occiput en avant dans l'arcade pubienne, descend jusqu'à dépasser le niveau du bord inférieur de la symphyse qui bientôt touche la nuque, l'arrière-cou, tandis que le coccyx abaissé correspond au bregma. »

Sur ce temps de dégagement nous sommes en contradiction avec eux. En effet, si au moment où la tête fait bomber le périnée nous cherchons à nous rendre compte de la position de la fontanelle postérieure, nous trouvons qu'elle est au niveau de la symphyse, quelquefois derrière, rarement en avant et exceptionnellement la tête fléchie amène cette fontanelle derrière le périnée.

Ce n'est qu'après de petits mouvements de flexion et déflexion et alors que l'anneau vulvaire est déjà très dilaté, c'est-à-dire au moment où la fontanelle antérieure est au

niveau de la fourchette que la fontanelle postérieure se montre, laissant la région occipitale, rarement la sous-occipitale, au niveau de la symphyse.

En conséquence, il nous paraît logique d'admettre que le diamètre minimum par lequel puisse passer la tête est le sous-occipito-frontal qui mesure en moyenne 10,5.

CHAPITRE III

Des différentes variétés de déchirures.

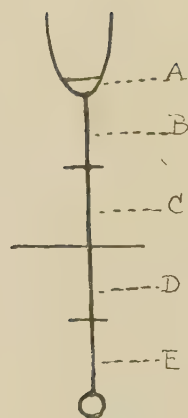


Fig. 1.

Pour faciliter la classification des déchirures du périnée, nous diviserons schématiquement notre périnée en deux parties par une ligne fictive, passant au milieu de l'espace compris entre la fourchette et l'anus. Nous subdiviserons en deux autres parties égales, l'espace compris entre la fourchette et cette ligne et entre cette dernière et l'anus.

Notre périnée est donc décomposé en cinq segments qui représenteront les déchirures de la fourchette et celles des 1^{ers}, 2^{es}, 3^{es} et 4^{es} degrés : A, B, C, D, E, de notre schéma (fig. 1).

Les déchirures incomplètes sont comprises dans les trois premiers degrés, les complètes dans le quatrième.

Nous laissons de côté les déchirures centrales qui ont un mécanisme spécial et qui n'ont rien de commun avec notre travail. Quant à celles des parties supérieures et latérales, nous les signalons d'autant mieux que nous les avons constatées dans l'application de notre méthode. Nous dirons de suite que, dans la majorité des cas, elles étaient superficielles.

Nous devons faire remarquer que deux fois nous avons eu une section transversale complète d'une des petites lèvres, accident du reste sans grande importance.

CHAPITRE IV

Notre procédé (fig. 2.)

La femme, avant d'entrer dans le service de la Maternité, sera conduite au bain et revêtue à sa sortie d'un costume désinfecté. Elle prendra deux ou trois injections au sublimé aux 25 millièmes, dans la quinzaine qui précédera son accouchement et ne sera amenée sur un lit de la salle d'opération qu'au moment des premières douleurs.

Couchée dans des draps aseptiques, les fesses sur une toile caoutchoutée, désinfectée après chaque accouchement, nous procéderons au savonnage de la vulve et du mont de Vénus et referons une nouvelle injection.

Il est bien entendu que nos mains auront été sérieusement brossées, les ongles coupés très court, que leur désinfection aura été faite sous un jet de sublimé et que nous n'aurons touché des femme infectées, depuis trois ou quatre jours au moins.

Pour les besoins de la description, nous représenterons une femme primipare, ayant un bassin normal, et un

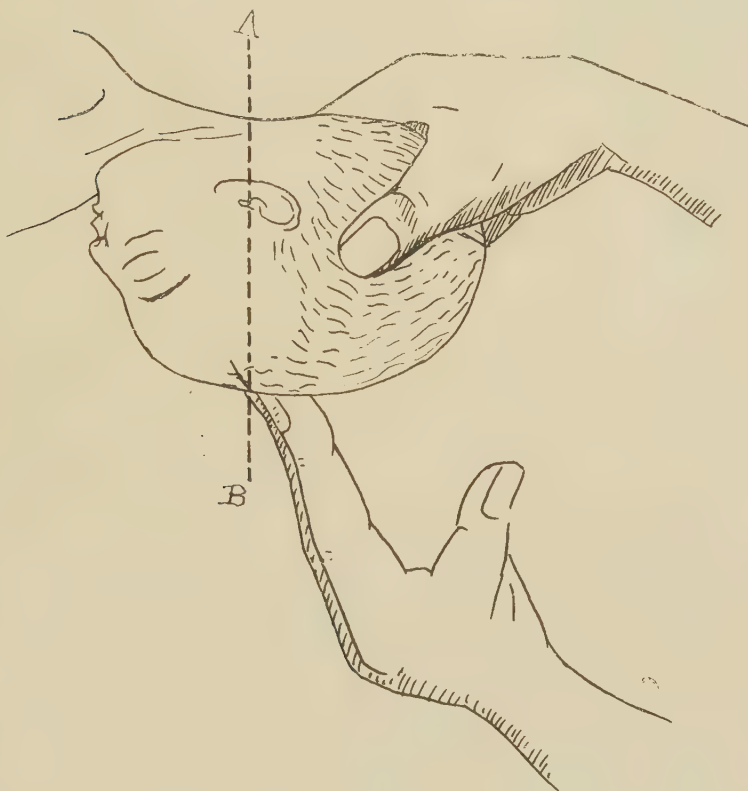


Fig. 2

A. B. Ligne passant par le diamètre cervico-bregmatique.

foetus dont le troisième temps aura amené le sommet du côté de la symphyse.

Nous diviserons notre procédé en deux temps : la flexion exagérée de la tête et le dégagement manuel.

Le sommet de la tête qui pour les auteurs est fléchi, et, pour nous dans un léger degré de déflexion, se pré-

sente à la vulve. On constate une légère distension du périnée; la femme, dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies et légèrement écartées, est en proie à de vives douleurs. Après lui avoir recommandé de suivre ponctuellement nos ordres, c'est-à-dire de ne pousser qu'aux moments opportuns, nous nous plaçons à sa droite et, avec l'index et le médius de la main droite, nous allons dessous ou derrière le pubis, à la rencontre de la fontanelle postérieure. Prenant un point d'appui, dans la légère dépression qu'elle forme, nous l'abaissions à chaque contraction utérine, pour mettre la fontanelle postérieure en contact avec la fourchette, et dégager le sommet de la symphyse pubienne.

A partir de ce moment, la tête a une grande tendance à se défléchir et nous maintenons simplement par la main droite, placée sur l'occiput, l'effort de la contraction. En augmentant le diamètre sous-occipito-bregmatique, nous abaissons le périnée et habituons l'anneau vulvaire à se dilater, plus fortement quelquefois qu'il ne pourrait l'être au moment du dégagement.

Dans un accouchement normal, le point sous-occipital est fixé sous la symphyse, parce que la tête retenue par le périnée ne peut plus descendre. C'est donc, comme le montre notre schéma, figure 3, en abaissant de plus en plus ce dernier, que nous pourrions déplacer le sous-occiput et le faire progresser.

Au moment où l'on commence à sentir le cou à la partie supérieure de la vulve, la fontanelle antérieure étant en contact avec la fourchette, nous saisissons, dans l'intervalle d'une douleur, l'occiput dans la paume de notre main droite, comme pour l'abaisser encore. Plaçant l'extrémité

des doigts de notre main gauche au niveau du bregma, nous appuyons fortement contre l'arcade du pubis et tirons lentement à nous, pour éloigner de plus en plus le point cervico-pubien du sous-occiput, imprimant un mouvement avec nos mains, comme si nous voulions soulever avec le cou, la symphyse pubienne.



Fig. 3

Cette dernière manœuvre, en ramenant le sternum contre le menton de l'enfant, a pour but de réduire encore le diamètre cervico-bregmatique.

Nous avons de la sorte un diamètre maximum de 10 centimètres, pouvant se réduire par la flexion de la tête et la pression du cou contre l'arcade pubienne jusqu'à 9 centimètres.

Au moment où l'enclavement des épaules empêche à la tête d'avancer et où le nez est en contact avec la four-

chette, nous faisons une légère déflexion pour laisser dégager la bouche et le menton.

Si la tête venait à se dégager en occipito-sacrée, nous passerions les doigts de la main gauche derrière l'occiput et l'amènerions le plus possible en avant pour favoriser la flexion ; mettant ensuite la main droite sur les deux pariétaux, l'index près de la fontanelle antérieure, l'extrémité des doigts de la main gauche vers la région sous-occipitale

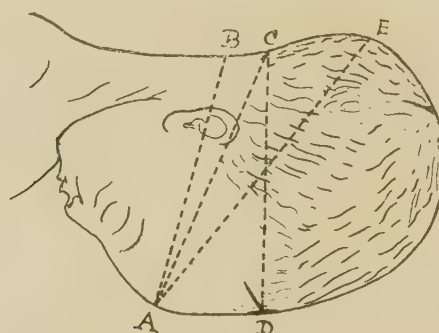


Fig. 4

A B. Cervico-frontal. — A C. S.-occ. frontal. — A E. Occ.-frontal.
C D. S.-occ. breg.

nous dégagerions en fléchissant fortement et en tirant en haut.

Plusieurs se demanderont comment on peut sûrement et à pleine main prendre la tête de l'enfant. Avec un peu d'habitude, on y arrive très facilement et notre méthode, appliquée par des élèves quelquefois peu expérimentés, donne de bons résultats.

On peut nous demander pourquoi nous voulons faire passer dans l'anneau vulvaire le diamètre cervico-frontal au lieu du sous-occipito-frontal.

Les mensurations des diamètres antéro-postérieurs prises sur dix têtes de fœtus à terme et en flexion exagérée (fig. 4) donnent comme résultat la moyenne suivante :

S.-occ. breg.	9,4
S.-occ. front.	10,5
Cervico-front. (tête en flexion). .	10,1
Occ. front.	11,5

Les mensurations des circonférences passant par les points suivants nous donnent :

S.-occ. breg.	30,83
S.-occ. front.	31,66
Cervico-front. (tête en flexion) .	31
Occ.-front.	33,66

Le procédé qui ressemblerait le plus au nôtre serait celui d'Algermonn Temple, qui, comme nous, veut dégager la tête en flexion, mais qui pour cela, se sert d'un forceps.

Nous rejetterons la méthode classique employée longtemps en France, celle de mettre la main à plat sur le périnée, le pouce parallèle à la lèvre droite, et à refouler celui-ci à chaque contraction utérine.

En effet, on ne peut avoir la prétention, en appliquant la main ainsi, de diminuer le diamètre de la tête engagée dans l'anneau vulvaire; on favorise au contraire les déchirures en comprimant le périnée d'une façon irrégulière et en empêchant sa distension.

La méthode douloureuse et humiliante pour la femme, qui consiste à introduire deux doigts dans le rectum,

allant à la rencontre de la bouche et du menton pour défléchir la tête, tout en nous donnant de médiocres résultats, a le grave inconvénient d'obliger souvent l'accoucheur à se désinfecter au moment même où l'on peut réclamer sa plus rapide intervention.

CHAPITRE V.

Résumé d'Observations

Dans les tableaux suivants nous donnons le résumé d'observations prises chez les primipares accouchées d'après notre procédé, depuis 1891 à 1894.

[illegible]

PRIMIPARES DE 15 à 22 ANS							PRIMIPARES DE 23 à 30 ANS							PRIMIPARES DE 31 à 40 ANS											
NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE					POIDS DE L'ENFANT		NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE					POIDS DE L'ENFANT		NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE					POIDS DE L'ENFANT			
	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e de ré	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	De 2 kg. à 2,800.	Du 2 kg. 800 à 3,400.		De 3 kg. 400 à 4,200.	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	De 2 kg. à 2,800.		Du 2 kg. 800 à 3,400.	De 3 kg. 400 à 4,200.	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	De 2 kg. à 2,800.	Du 2 kg. 800 à 3,400.
196								195																	
199								202																	
204		1				1		208																	
206																									
207																									
211	1					1																			
212		1				1																			
213																									
216																									
219																									
223																									
								226	1					1											
								227	1					1											
								2																	
								3																	
4																									
6	1					1																			
7																									
8																									
9																									
12								11																	
13																									
16								15																	
21																									
26								23																	
31	1					1		28																	
35								33																	
23	3	2					2	12	2					2											

PRIMIPARES DE 15 à 22 ANS							PRIMIPARES DE 23 à 30 ANS							PRIMIPARES DE 31 à 40 ANS											
NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT			NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT			NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT				
	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	De 2 kg. à 2,800.	De 2 kg. 800 à 3,400.		De 3 kg. 400 à 4,200.	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	De 2 kg. à 2,800.		De 2 kg. 800 à 3,400.	De 3 kg. 400 à 4,000.	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	De 2 kg. à 2,800.	De 2 kg. 800 à 3,400.
36																									
39		1				1		41	1					1											
43		1					1	45																	
46								47		1				1											
50																									
56																									
57	1					1																			
60								66																	
71								81	1					1				77							
								82		1					1			87							
85								90																	
96								97	1						1										
99			1			1		103																	
109		1					1																		
110																									
114								115																	
120																									
121																									
125								127	1					1											
131																									
134								136	1					1											
137																									
21	1	2	2			1	3	1	12	1	4	2		5	2	2									

PRIMIPARES DE 15 à 22 ANS							PRIMIPARES DE 23 à 30 ANS							PRIMIPARES DE 31 à 40 ANS						
NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE					POIDS DE L'ENFANT	NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE					POIDS DE L'ENFANT	NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE					POIDS DE L'ENFANT
	De la fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.			De 2 kg. à 2,800.	De 2 kg. 800 à 3,400.	De 3 kg. 400 à 4,200.	De la fourchette.	Du 1 ^{er} degré.			Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	De 2 kg. à 2,800.	De 2 kg 800 à 3,400.	
138																				
142																				
148		1				1	146	1					1							
151																				
154			1			1														
156	1					1														
159																				
							160	1												
164							161		1					1						
							170													
172																				
179	1					1														
181			1			1														
182	1					1														
184				1																
185						1														
186																				
							188													
189																				
191							190													
							193													
194		1																		
							1													
200		1				1								1						
207																				
209																				
210		1				1														
211																				
28	3	4	2	1		4	9	1	2	1			3	1	3	1			1	

PRIMIPARES DE 15 à 22 ANS							PRIMIPARES DE 23 à 30 ANS							PRIMIPARES DE 31 à 40 ANS						
NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT		NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT		NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT	
	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.			De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.			De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	
212							213							221						
218																				
223							225													
227							226													
231							228													
236							234													
3			1			1	1		1				1							
19	1					1	5													
25							16													
29							22													
33							24													
35																				
36							37	1				1								
							38		1				1							
39																				
40																				
42	1					1														
43							47													
48	1					1	49													
50							51	1												
													1							
19	3	1				1 3	15	2	2			1	2	1	1					

PRIMIPARES DE 15 à 22 ANS							PRIMIPARES DE 23 à 30 ANS							PRIMIPARES DE 31 à 40 ANS						
NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT		NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT		NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT	
	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.			De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.			De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	
53																				
54																				
55		1																		
56																				
59								57												
65								64												
68								73	1				1							
								74	1				1							
76								75												
80																				
83			1			1														
85								89	1				1							
90																				
92			1			1									94					
97																				
								98					1							
								100		1										
								106												
107																				
109																				
111								110												
112		1				1														
113		1				1									118		1			
								119												
121																				
126																				
128																				
22	3	2				3 2	11	1 2 1					1 2 1	2		1				

PRIMIPARES DE 15 à 22 ANS							PRIMIPARES DE 23 à 30 ANS.							PRIMIPARES DE 31 à 40 ANS						
NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT		NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT		NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT	
	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.			De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.			De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	
131																				
132																				
133							135													
136							138		1					1						
139																				
141																				
142																				
143																				
145							146	1					1							
147																				
148																				
150																				
152							155													
156		1				1	158													
159							161													
170	1					1														
173							174	1					1							
177		1				1														
180																				
181		1				1	182													
183	1					1														
184																				
187							188													
189							190													
192																				
25	1	1	3			3 2	10	1	1	1			2 1							

PRIMIPARES DE 15 à 22 ANS							PRIMIPARES DE 23 à 30 ANS							PRIMIPARES DE 31 à 40 ANS						
NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT		NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT		NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE				POIDS DE L'ENFANT	
	De la fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.			De la fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.			De la fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	
56							64													
61							70													
75	1					1														
76		1				1	83	1				1								
84																				
86							87													
88	1					1														
94	1					1	96													
98																				
101		1				1	103													
107	1					1														
108							110													
109							116													
117																				
119							120													
124							125													
127		1				1														
128																				
130																				
133																				
135							138	1					1							
141																				
142																				
144																				
24	4	3				3 4	11	2		2			2	1	1					

PRIMIPARES DE 15 à 22 ANS							PRIMIPARES DE 23 à 30 ANS							PRIMIPARES DE 31 à 40 ANS											
NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE					POIDS DE L'ENFANT		NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE					POIDS DE L'ENFANT		NUMÉRO D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE					POIDS DE L'ENFANT			
	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	De 2 kg. à 2,800.	De 2 kg. 800 à 3,400.		De 3 kg. 400 à 4,200.	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	De 2 kg. à 2,800.		De 2 kg. 800 à 3,400.	De 3 kg. 400 à 4,200.	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	De 2 kg. à 2,800.	De 2 kg. 800 à 3,400.
147								146																	
151	1						1											150							
156																									
159																		158							
161	1					1		160																	
167	1					1		166																	
168																									
169																									
172	1					1																			
176																									
177																									
178																									
179								181										180	1					1	
182								185	1					1											
186																									
191																									
192																									
195								194																	
198								199																	
200																									
202																									
206																									
207																									
210	1					1		213																	
24	1	4				1 4	8	1						1			3	1					1		

TABLEAU RÉCAPITULATIF

PRIMIPARES DE 15 à 22 ANS										PRIMIPARES DE 23 à 30 ANS										PRIMIPARES DE 31 à 40 ANS												
NOMBRE D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE					POIDS DE L'ENFANT					NOMBRE D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE					POIDS DE L'ENFANT					NOMBRE D'ORDRE	DÉCHIRURES DU PÉRINÉE					POIDS DE L'ENFANT				
	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	De 2 kg. à 2,800.	De 2 kg. 800 à 3,400.	De 3 kg. 400 à 4,200.	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.		Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.	Du 4 ^e degré.	De 2 kg. à 2,800.	De 2 kg. 800 à 3,400.	De 3 kg. 400 à 4,200.	De la Fourchette.	Du 1 ^{er} degré.	Du 2 ^e degré.	Du 3 ^e degré.		Du 4 ^e degré.	De 2 kg. à 2,800.	De 2 kg. 800 à 3,400.	De 3 kg. 400 à 4,300.						
23	1	5	1			1	3	3		11	2	2			2	2	2															
23	3	2	2			2	3	1		12	1	2				2	1	1														
21	1	2	2			1	3	2		12	1	4				2	1	1														
23	3	4	2			4	4	2		12	1	2				2	1	1														
19		3	2	1			1	3		15	1	2					2	2	1	1	1	1										
22		3	3				3	2		11	1	2					2	2	1	1	1	1										
25	1	1	3				3	2		10	1	1					1	1	1	1	1	1										
24	2	3	3			3	3	2		11	2	1					1	1	1	1	1	1										
24	4	3	3			3	4	2		11	2	1					1	1	1	1	1	1										
24	1	4				1	4			8	2	1					2	2	1	1	1	1										
228	16	30	13	2		18	30	13		110	8	14	13				7	20	8				3	1	2	1						

D'après cette statistique, nous avons chez les femmes de 15 à 22 ans :

228	accouchements	16	déchirures	de fourchette	7,4 0/0
228	—	30	—	1 ^{er} degré	13,1 —
228	—	13	—	2 ^e —	5,7 —
228	—	2	—	3 ^e —	0,8 —
228	—	0	—	4 ^e —	» —
					27 » 0/0

De 23 à 30 ans :

110	accouchements	8	déchirures	de fourchette	7,2 0/0
110	—	14	—	1 ^{er} degré	12,7 —
110	—	13	—	2 ^e —	11,8 —
					31,7 0/0

De 31 à 40 ans :

11	accouchements	2	déchirures	du 1 ^{er} degré	20 0/0
11	—	1	—	2 ^e —	10 —
					30 0/0

Sur 349 accouchements nous avons donc 99 déchirures, ce qui nous donne une moyenne de 28 0/0, répartie de la façon suivante :

24	déchirures de la fourchette	6,8 0/0
46	—	1 ^{er} degré 13,2 —
27	—	2 ^e — 7,7 —
2	—	3 ^e — 0,6 —
0	—	4 ^e — 0,0 —
99		28,3 0/0

Comme beaucoup d'auteurs, nous constatons, d'après notre tableau, que les déchirures sont plus fréquentes chez les femmes âgées de 23 à 40 ans, moyenne 30,8 que chez celles âgées de 15 à 22 ans, moyenne 27 0/0.

Nous ferons remarquer que nous n'avons obtenu aucune déchirure au 4^e degré et deux seulement au 3^e degré.

CONCLUSIONS

Si maintenant nous jetons un coup d'œil rapide sur la revue générale que nous venons de faire et que nous cherchions à en résumer les principaux traits, nous trouvons que :

I. Les déchirures se produisent, même avec de petites têtes, dans les accouchements précipités, et, que la meilleure manière d'éviter cet inconvénient est de retenir le sommet pendant les contractions utérines, et d'empêcher la femme de pousser, lorsque la tête va franchir l'anneau vulvaire.

II. La déflexion prématurée, normale pour nous dans la majorité des cas, est la cause principale des lésions du

périnée et, pour y remédier, il faut dégager la tête en la fléchissant fortement.

III. Par notre procédé, nous dégageons la tête quand nous le voulons, c'est-à-dire très lentement et en flexion exagérée.

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FOCHIER.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER	9
CHAPITRE II. — Etiologie.	21
CHAPITRE III. — Des différentes variétés de déchirures . . .	26
CHAPITRE IV. — Notre procédé.	28
CHAPITRE V. — Résumé d'observations	35
CONCLUSIONS.	49

